



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Atleta – Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ___/___/___

ANAMNESI FAMILIARE

Con riferimento a genitori e nonni dell'Atleta, ci sono stati casi di:

malattie cardiovascolari ictus ipertensione diabete morte improvvisa nessuno dei precedenti

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Frequenza settimanale dell'attività sportiva esercitata: 1gg 2gg 3gg 4gg 5gg 6gg 7gg

Altri indicatori di intensità sportiva (es. Km percorsi) _____

L'Atleta assume regolarmente farmaci? Sì No

Se Sì quali? _____

Fumo? Sì No

Alcool? Sì No

Solo per Atleta di genere femminile:

Menarca Sì No -- Se Sì a che età? _____

Menopausa Sì No -- Se Sì a che età? _____

Data ultima mestruazione ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA

L'Atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici di 2° livello per sospetto diagnostico? Sì No

Se Sì quali? holter ECG holter pressorio ecocardiocolordoppler test sforzo massimale RMN

altro _____

L'Atleta ha mai avuto alcuni di questi sintomi? Sì No

battito cardiaco accelerato extrasistoli o palpitazioni sensazioni di vertigini o svenimento

dolore toracico mancanza improvvisa di respiro altro _____

Se Sì a riposo o sotto sforzo

L'Atleta ha mai avuto episodi convulsivi? Sì No -- Se Sì a che età? _____

L'Atleta ha mai sofferto di reumatismi del sangue? Sì No

L'Atleta ha mai sofferto di allergie? Sì No

Se sì quali? farmaci alimenti piante/erbe/polline altro _____

L'Atleta è mai stato ricoverato in ospedale? Sì No

Se Sì per quale malattia? di tipo renale altro _____

Se Sì per quale intervento chirurgico? appendice tonsille ernia del disco ernia inguinale LCA

menisco altro _____

L'Atleta ha mai subito infortuni significativi? Sì No

Di che tipo? fratture distorsioni lussazioni

Da Sport? Sì No

Tipologia di frattura: omero radio ulna femore tibia perone altro _____

Tipologia di distorsione: ginocchio caviglia polso gomito

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza? Sì No -- Se Sì a che età? _____

L'Atleta attualmente soffre di qualche patologia? Sì No

Se Sì quali? epilessia diabete allergie ipertensione altro

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13-14 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (GDPR) PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - Quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore, da intendersi come dati particolari.
 - Quelli sanitari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.192 e 04.03.1993, da intendersi come dati particolari.
 - Quelli spontaneamente da Lei forniti, da intendersi come normali o particolari in ragione del loro contenuto.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai protocolli sopra richiamati dalla Legge Regionale 66/1982 non saranno diffusi a soggetti indeterminati, né saranno ceduti a terzi e saranno tenuti per il tempo previsto dalla legislazione vigente.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee.
4. I dati verranno comunicati:
 - Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - In chiaro, alla ATS competente per territorio;
 - In forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente ai sensi dell'art.15 GDPR, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è CERBA HEALTHCARE LOMBARDIA SRL e che il Responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario del centro presso il quale ha svolto la Sua visita.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere i certificati di cui ai decreti sopra richiamati e relativamente alla attività sportiva agonistica, di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art.7 GDPR

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare, manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati a terzi ai sensi del presente punto 4.

DATI DELL'INTERESSATO (IN CASO DI MINORE, INDICARE I DATI DEL GENITORE)

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita (gg/mm/aaaa) ___/___/___ Luogo di nascita _____
Codice fiscale _____

Data ___/___/___

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore _____